

ÉVERSON FERNANDO MALLUTA

**FATORES PREDITIVOS DE ÓBITO EM PACIENTES
INTERNADOS POR HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.**

FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

1999

ÉVERSON FERNANDO MALLUTA

**FATORES PREDITIVOS DE ÓBITO EM PACIENTES
INTERNADOS POR HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.**

Presidente do Colegiado Curso: Prof. Dr. Édson José Cardoso

Orientador: Prof. Otávio Galvão Filho

Co-orientador: Prof. Esther Buzaglo Dantas Corrêa

FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

1999

Malluta, Éverson Fernando.

Fatores preditivos de óbito em pacientes internados por hemorragia digestiva alta no Hospital Universitário - Universidade Federal de Santa Catarina - Éverson Fernando Malluta - Florianópolis, 1999.

34p.

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, para conclusão do Curso de Graduação em Medicina, - Universidade Federal de Santa Catarina.

Título em Inglês: Mortality predictive factors inpatients to Hospital Universitário - Universidade Federal de Santa Catarina.

1. Hemorragia gastrointestinal 2. Complicações 3. Epidemiologia 4. Análise Multivariada.

AGRADECIMENTOS

À Deus, sempre presente em todos os momentos de minha vida;

Aos meus pais, JÚLIO e VANDA, meus primeiros e eternos professores, cujos ensinamentos valiosos guardarei por toda minha existência;

Às minhas irmãs, JULIANA, FRANCINE e TELMA, pela amizade e amor que sempre deixaram transparecer;

À Professora e mestre ESTHER BUZAGLO DANTAS CORRÊA, cuja paciência, humildade, sabedoria e dedicação para comigo e com seus pacientes foram decisivos neste trabalho e em minha formação;

Ao Professor OTÁVIO GALVÃO FILHO, sempre disposto a colaborar e engrandecer nossos conhecimentos;

À Dra. ANA LUIZA DE LIMA CURI HALLAL, pelas valiosas opiniões e informações dadas para o bom andamento do trabalho sempre que solicitada;

A todos, professores (em especial, o professor doutor BÓRIS JUAN CARLOS UGARTE STAMBUK), médicos, enfermeiros, funcionários e pacientes, que contribuíram de uma forma ou de outra em minha formação acadêmica e pessoal;

À minha namorada, CAROL, amiga e companheira, responsável direta pelo bom humor e tranquilidade apresentada por mim durante o desenvolvimento de todo o trabalho;

Ao meu grande amigo ANDERSON, companheiro de grandes, pequenos e agradáveis momentos, detentor de grande paciência contra o mau humor do dia a dia;

Aos meus grandes e verdadeiros amigos, sempre dispostos a ajudar e a rir em qualquer circunstância.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVO.....	4
3. MÉTODOS.....	5
3.1. CASUÍSTICA.....	5
3.2. PROCEDIMENTOS.....	5
3.3. ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	7
4. RESULTADOS.....	8
5. DISCUSSÃO.....	21
6. CONCLUSÃO.....	28
7. REFERÊNCIAS.....	29
NORMAS ADOTADAS.....	35
RESUMO.....	36
SUMMARY.....	37
APÊNDICE.....	38

1.INTRODUÇÃO

A hemorragia digestiva alta (HDA) é definida como qualquer sangramento proveniente do trato gastrointestinal localizado acima do ângulo de Treitz, exteriorizando-se sob a forma de hematêmese, melena ou hematoquezia, esta última quando de sangramento volumoso¹.

Muitas vezes é difícil a diferenciação entre HDA e hemorragia digestiva baixa (sangramento abaixo do ângulo de Treitz) apenas pela história clínica. A ausculta de ruídos hidroaéreos mais freqüentes e difusos em todo o abdome, a observação de sangue no lavado gástrico e ainda valores séricos do índice de uréia/creatinina igual ou acima de 36 sugerem sangramento digestivo alto e podem ser utilizados no auxílio diagnóstico².

A HDA é considerada maciça quando se manifesta com perdas sanguíneas maiores que 2000 ml (\pm 40% da volemia), quando a pressão arterial (PA) sistólica é menor que 90 mmHg ou quando a freqüência cardíaca (FC) é maior que 100 batimentos por minuto (bpm); moderada, quando se acompanha de discreta repercussão hemodinâmica (PA sistólica maior que 90 mmHg, FC menor que 100 bpm), com perda sangüínea aproximada de menos que 1500 ml ou de 20 a 40% da volemia; ou discreta, quando não há repercussão hemodinâmica e a perda sangüínea é menor ou igual a 1000 ml ($<$ 20% da volemia)³.

As causas mais comuns de HDA em nosso meio são úlcera duodenal, ruptura de varizes esofágicas, úlcera gástrica, gastrite crônica e lesão aguda da mucosa gástrica. Menos freqüentemente encontram-se como causas de HDA laceração de Mallory-Weiss, neoplasias gástricas, esofagite e úlceras de boca

anastomótica⁴⁻⁶. A alta frequência de HDA por ruptura de varizes esofágicas em nosso meio é o principal fator diferencial em relação as estatísticas norte-americanas e européias.

Anualmente ocorrem entre 50 a 150 internações hospitalares por sangramento digestivo alto em cada 100000 habitantes nos Estados Unidos⁷. Apesar do grande aperfeiçoamento das técnicas diagnósticas e terapêuticas, a taxa de mortalidade por HDA pouco se alterou nas últimas décadas, mantendo-se em várias séries européias e norte-americanas entre 3% a 14%⁸⁻¹³. Este fato provavelmente decorre do equilíbrio entre o desenvolvimento tecnológico do atendimento aos pacientes e o tempo maior de sobrevivência da população¹⁴.

A observação de que a grande maioria dos pacientes evoluem favoravelmente, sem intercorrências^{9,11}, inspirou a proposição de um sistema de triagem inicial, capaz de classificar os pacientes por fatores prognósticos para o desenvolvimento de complicações. A maior utilidade desta classificação é a de selecionar os pacientes, o que permite, por um lado, assegurar que níveis apropriados de monitorização sejam empregados em pacientes de alto risco para o desenvolvimento de complicações⁸, e, por outro, limitar as admissões desnecessárias em unidades de terapia intensiva (UTI) bem como o número de procedimentos diagnósticos e terapêuticos em pacientes de baixo risco.

A importância dos critérios prognósticos também se faz evidente quando se avalia os custos no atendimento médico. Em um recente estudo americano realizado em dois hospitais de St. Louis, observou-se que os custos diários de pacientes internados em UTI por hemorragia digestiva alta variavam entre US\$ 2151,00 e US\$ 2456,00 caindo para valores diários entre US\$ 162,00 e US\$ 608,00 quando se utilizava cuidados semi-intensivos ou mesmo hospitalares convencionais em pacientes de baixo risco para complicações¹².

Estudos prévios têm identificado fatores de risco para prognóstico reservado em HDA, entre eles idade, comorbidade, presença de choque,

diagnóstico etiológico na admissão, forma de exteriorização da hemorragia, uso de drogas anti-inflamatórias, tamanho da úlcera, valor sérico da hemoglobina na admissão, estigmas recentes de hemorragia na endoscopia digestiva alta (EDA), ressangramento e necessidade de transfusão sangüínea. Entretanto existem muitas controvérsias entre os resultados dos estudos, já que muitos foram realizados em grupos selecionados de pacientes, o que torna difícil e até mesmo desaconselhável a sua utilização na avaliação de uma outra população.

Portanto, é de fundamental importância que tenhamos a identificação e avaliação criteriosa dos fatores de gravidade em pacientes com hemorragia digestiva alta em nosso meio. Desta forma poderemos obter informações úteis que permitam condutas eficientes e condizentes com nossa realidade, o que muitas vezes não acontece quando nos utilizamos de conclusões obtidas de estudos realizados em outras populações.

2.OBJETIVO

Identificar e analisar, dentre as características clínicas, laboratoriais e endoscópicas estudadas, quais podem estar relacionadas ao óbito dos pacientes admitidos com diagnóstico inicial de Hemorragia Digestiva Alta no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC).

3.MÉTODOS

3.1.CASUÍSTICA:

No período de 1 de janeiro a 17 e setembro de 1999 foram admitidos no Serviço de Emergência de Adultos do HU-UFSC 71 pacientes com diagnóstico primário de HDA. Seis pacientes foram excluídos da amostra por terem sido transferidos de/ou para outras instituições (5 casos) ou por fuga hospitalar (um caso), sendo incluídos no estudo 65 pacientes.

3.2.PROCEDIMENTOS:

O presente estudo foi conduzido de forma prospectiva, descritiva, e não-intervencionista. Todos os pacientes admitidos no estudo foram submetidos a um questionário durante a internação (Apêndice 1), exceto em situações de impossibilidade absoluta, como no caso de pacientes com confusão mental ou coma. Realizou-se acompanhamento diário da evolução dos mesmos, sempre pelo mesmo observador (autor). Foram considerados importantes na evolução a necessidade de reposição de sangue, expressa em unidades de concentrado de hemácias (CH), o desenvolvimento de complicações e o tempo de internação definidos pelo médico assistente até alta hospitalar, ou até o óbito. A necessidade de cirurgia ou internação em UTI foi avaliada por membros do Serviço de Cirurgia ou da Unidade de Terapia Intensiva do HU, respectivamente.

Houve certa dificuldade na determinação do volume sangüíneo exteriorizado pelo paciente antes da internação hospitalar, obtendo-se sempre uma medida aproximada.

Os dados de exame físico foram obtidos do prontuário do paciente, observando-se sempre a primeira medida quando do aparecimento de dois ou mais valores. Na maioria das vezes, não constava na ficha de atendimento a descrição da posição de medida de PA e freqüência cardíaca, sendo considerado, nestes casos, a posição de decúbito dorsal. Em “exames laboratoriais”, foi registrado o valor de hematócrito e hemoglobina na admissão e 24 horas depois, além de outros exames especificados no questionário.

A endoscopia digestiva alta (EDA) foi realizada por membros do Serviço de Gastroenterologia do HU-UFSC. Alguns pacientes foram submetidos a mais de um exame, para fins diagnósticos ou terapêuticos, sendo considerado para o estudo o primeiro exame realizado. A EDA não foi realizada em casos de recusa do paciente ou por estes não apresentarem sangramento clinicamente significativo, conforme critério do médico que o assistia. Quando necessárias, foram realizadas durante os procedimentos endoscópicos, biópsias e medidas terapêuticas (alcoolização ou escleroterapia), com quantidades variáveis de etanolamina, álcool, adrenalina e ou glicose hipertônica. Quando havia mais de uma lesão ao exame endoscópico, procurou-se definir por uma delas como a causa mais provável do sangramento, a critério do médico endoscopista responsável pelo exame.

Para as diversas características clínicas e laboratoriais estudadas, foram determinados pontos de corte para análise estatística, acima ou abaixo dos quais avaliou-se os possíveis critérios de prognóstico. Valores de 1000 ml para o volume exteriorizado como hematêmese, 100 mmHg para a PA sistólica, 60 mmHg para a PA diastólica, 100 bpm para a freqüência cardíaca, 30% para o hematócrito, 10 mg/dl para a hemoglobina, 1,7 mg/dl para a creatinina, 50%

para o tempo de atividade da protrombina (TAP) e 2 unidades de concentrado de hemácias para o volume repostado, foram os mais freqüentemente observados na literatura^{8,11,13,16}, sendo incorporados a este estudo.

3.3. ANÁLISE ESTATÍSTICA:

Para análise estatística, utilizou-se a técnica de regressão linear¹⁷, realizada através do programa de computador Epi-info 6.04b. Noventa e cinco variáveis pesquisadas (incluindo dados de anamnese, exame físico, exames laboratoriais, exame endoscópico e perfil evolutivo) foram submetidas a análise univariada, através de gráficos de dispersão e regressão linear univariada, tendo-se como variável dependente (y) o óbito. Foram selecionadas, a seguir, as variáveis estatisticamente significativas ($p < 0,05$) que foram então ordenadas, de acordo com o valor de F encontrado. Posteriormente, realizou-se a regressão linear multivariada, sob a forma *stepwise*, onde as variáveis estatisticamente significativas na regressão univariada foram adicionadas em ordem decrescente do valor de F. A melhora do modelo estatístico ficou evidenciada pelo valor de R^2 e R^2 ajustado, e a variável foi mantida no modelo quando estatisticamente significativa.

4.RESULTADOS

Dos 65 pacientes analisados no presente estudo, 78,5% eram do sexo masculino. A média de idade foi de 53,4 (\pm 18,2 anos), com 29,2% dos pacientes com idade entre 61 e 80 anos e 9,2% acima de 80 anos (Tabela I).

Tabela I. Distribuição, em número absoluto e porcentagem, dos pacientes admitidos no Serviço de Emergência do HU-UFSC com diagnóstico de HDA, segundo sexo e idade (em anos).

IDADE	Sexo Feminino	Sexo Masculino	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
≤ 20	0 (0,0)	2 (3,9)	2 (3,1)
21-40	4 (28,6)	9 (17,7)	13 (20,0)
41-60	2 (14,3)	23 (45,1)	25 (38,5)
61-80	5 (35,7)	14 (27,4)	19 (29,2)
> 80	3 (21,4)	3 (5,9)	6 (9,2)
TOTAL	14 (100,0)	51 (100,0)	65 (100,0)

Os pacientes procuraram o hospital em média 8 dias após o início do sangramento. Apenas 36,9% dos pacientes avaliados foram admitidos na emergência nas primeiras 24 horas do primeiro episódio hemorrágico (Tabela II).

Tabela II. Distribuição, em número absoluto e percentual, dos pacientes admitidos no HU-UFSC por HDA segundo intervalo de tempo decorrido entre o início das manifestações de sangramento (em horas) e a procura do Serviço de Emergência.

Tempo de início do sangramento	n (%)
< 24 h	24 (36,9)
24-48 h	11 (16,9)
> 48 h	29 (44,7)
Indeterminado	1 (1,5)
TOTAL	65 (100,0)

Hematêmese foi a forma de manifestação inicial mais comum de sangramento (30,9%), seguindo-se hematêmese e melena (29,2%) e melena (24,6%), conforme dados mostrados na Tabela III. O volume médio de sangramento dos pacientes que se apresentaram com hematêmese foi de aproximadamente 900 ml (Tabela IV).

Tabela III. Distribuição, em número absoluto e percentual, dos pacientes admitidos no Serviço de Emergência do HU-UFSC por HDA segundo forma de manifestação inicial do sangramento digestivo.

Manifestação Inicial da HDA	n (%)
Hematêmese	20 (30,9)
Hematêmese + Melena	19 (29,2)
Melena	16 (24,6)
Hematêmese + Hematoquezia	5 (7,7)
Hematêmese + Melena + Hematoquezia	3 (4,6)
Hematoquezia	1 (1,5)
Melena + Hematoquezia	1 (1,5)
TOTAL	65 (100,0)

Tabela IV. Distribuição, em número absoluto e percentual, dos pacientes admitidos na Emergência do HU-UFSC por HDA segundo volume médio de sangramento em pacientes que apresentaram hematêmese como uma das manifestações clínicas iniciais.

Volume médio do sangramento	n (%)
≤ 500 ml	13 (27,7)
501-1000 ml	10 (21,3)
1001-1500 ml	6 (12,7)
≥ 1500 ml	12 (25,6)
Indeterminado	6 (12,7)
TOTAL	47 (100,0)

Vinte e um por cento dos pacientes estudados referiram na internação ter consumido ácido acetil-salicílico (AAS), em uma dose média de 482 gramas por dia (g/d), com tempo médio de uso de 10 dias, suspendendo a medicação em média dois dias antes da primeira exteriorização do sangramento digestivo. Por outro lado, 13,8% dos pacientes relataram consumo de outras drogas anti-inflamatórias não-esteroidais (AINE), usando em média por 40 dias, e suspendendo esta medicação em média 4 dias antes do primeiro episódio de sangramento. Apenas 7,7% dos pacientes referiram estar usando, no período de internação, algum tipo de bloqueador H₂, enquanto 4,6% disseram estar usando bloqueador de bomba de prótons (tabela V). Cinquenta e dois por cento dos pacientes referiram algum consumo de bebida alcoólica, com uma média de 181 gramas de etanol ao dia, por um tempo de consumo médio de 25 anos, conforme a tabela VI.

Tabela V. Uso de ácido acetil-salicílico (AAS), drogas anti-inflamatórias não esteroidais (AINE), drogas anticoagulantes, bloqueadores H2 e bloqueadores de bomba de prótons em pacientes admitidos no Serviço de Emergência do HU-UFSC por HDA.

DROGA	SIM n (%)	NÃO n (%)	indeterminado n (%)	TOTAL n (%)
AAS	14 (21,5)	48 (73,4)	3 (4,6)	65 (100,0)
AINE	9 (13,8)	53 (81,5)	3 (4,6)	65 (100,0)
Anti-coagulante	1 (1,5)	60 (92,3)	4 (6,2)	65 (100,0)
Bloqueador H2	5 (7,7)	56 (86,1)	4 (6,2)	65 (100,0)
Bloqueador de bomba de prótons	3 (4,6)	58 (89,2)	4 (6,2)	65 (100,0)

Tabela VI. Consumo alcoólico médio diário, em gramas de etanol/dia, nos pacientes admitidos no Serviço de Emergência do HU-UFSC com história de HDA.

DOSAGEM DE ETANOL	n (%)
≤ 20 g/d	9 (27,3)
21-40 g/d	1 (3,0)
41-60 g/d	0 (0,0)
61-80 g/d	1 (3,0)
≥ 80 g/d	21 (63,7)
Indeterminado	1 (3,0)
TOTAL	33 (100,0)

Com relação à história mórbida pregressa, 57% dos pacientes referiram algum tipo de sangramento prévio, enquanto 31% dos pacientes relataram passado de doença péptica. Cinquenta e cinco por cento dos pacientes admitiram alguma comorbidade, sendo as mais comuns hepatopatia crônica(32,3%) e hipertensão arterial sistêmica (13,8%), conforme dados indicados na tabela VII.

Tabela VII. Distribuição, em número absoluto e percentual, dos pacientes admitidos na Emergência do HU-UFSC por HDA segundo comorbidades associadas ao diagnóstico inicial de HDA.

COMORBIDADES ASSOCIADAS	n (%)
Hepatopatia	21 (32,3)
Hipertensão Arterial Sistêmica	9 (13,8)
Diabetes Mellitus	6 (9,2)
Insuficiência Cardíaca Congestiva	4 (6,2)
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	3 (4,6)
Outros	7 (10,8)
Sem comorbidades	15 (23,1)
TOTAL	65 (100,0)

Na admissão, os pacientes apresentaram-se com PA média de 119/72 mmHg, com 32% dos pacientes com PA sistólica menor que 100 mmHg e 38% com PA diastólica inferior a 60 mmHg. A frequência cardíaca média observada foi de 92 bpm, com 23% dos pacientes com FC entre 100 e 120, e 5% acima de 120 bpm.

A média inicial do hematócrito dos pacientes foi de 28,9%, com 13,8% apresentando valores inferiores a 20% (ver tabela VIII). O valor médio de hemoglobina na admissão foi de 9,37 g/dl, com 36,9% dos pacientes com hemoglobina menor que 6 g/dl (Tabela IX). O número médio de plaquetas foi de 184250/mm³, com 16,7% dos pacientes com valores entre 50 e 100000 plaquetas/mm³ e 4,5% com contagem de plaquetas inferior a 50000/mm³.

Tabela VIII. Distribuição, em número absoluto e percentual, dos pacientes admitidos no Serviço de Emergência do HU-UFSC por HDA segundo valor de hematócrito inicial (em %).

HEMATÓCRITO	n (%)
≤ 20%	9 (13,8)
20,1-30%	27 (41,6)
30,1-40%	16 (24,6)
> 40%	10 (15,4)
não solicitado	3 (4,6)
TOTAL	65 (100,0)

Tabela IX. Distribuição, em número absoluto e percentual, dos pacientes admitidos no Serviço de Emergência do HU-UFSC por HDA segundo valor de hemoglobina inicial (em g/dl).

HEMOGLOBINA	n (%)
≤ 6 g/dl	24 (36,9)
6,1-8 g/dl	15 (23,1)
8,1-10 g/dl	6 (9,2)
10,1-12 g/dl	10 (15,4)
> 12 g/dl	5 (7,7)
não solicitado	5 (7,7)
TOTAL	65 (100,0)

Dos 41 (63%) pacientes que realizaram o exame de tempo de atividade da protrombina (TAP), 9,8% apresentaram valores inferiores a 30%, e 36,5% entre 30 e 50%. A média observada foi de 56,5%. Apenas 37% dos pacientes admitidos com HDA realizaram exame de TTPA (tempo de tromboplastina parcial ativada), com 75% dos pacientes apresentando valores inferiores a 1,3 (considerado normal) e 25% com valores anormais. Quarenta por cento dos pacientes tiveram mensuradas a quantidade de bilirrubina sérica, com uma média de 2,3 mg/dl. Quanto à dosagem de creatinina, 65% dos pacientes do sexo masculino e 66,4% do sexo feminino apresentavam valores normais ($< 1,2$ mg/dl e $< 1,0$ mg/dL, respectivamente).

A EDA foi realizada em 59 pacientes (90,8%), com aproximadamente 24% dos pacientes sendo submetidos a mais de um exame. O tempo médio para a realização de EDA foi de 2 dias, com apenas 18,6% dos exames sendo realizados nas primeiras 24 horas de internação (tabela X). Os achados endoscópicos foram enumerados na tabela XI.

Tabela X. Distribuição, em número absoluto e percentual, dos pacientes admitidos no Serviço de Emergência do HU-UFSC por HDA e que realizaram Endoscopia Digestiva Alta (EDA), segundo intervalo de tempo decorrido entre a admissão hospitalar e a realização do exame (em horas).

Intervalo de tempo	n (%)
< 24 h	11 (18,6)
24-48 h	23 (39,0)
48-72 h	9 (15,3)
> 72 h	16 (27,1)
TOTAL DE PACIENTES	59 (100,0)

Tabela XI. Distribuição, em número absoluto e percentual, dos pacientes admitidos na Emergência do HU-UFSC por HDA e que realizaram Endoscopia Digestiva Alta (EDA), segundo achados endoscópicos.

CRITÉRIOS ENDOSCÓPICOS	PRESENTES n (%)	AUSENTES n (%)	TOTAL n (%)
Sangue na luz do estômago	16 (27,1)	43 (72,9)	59 (100,0)
Sangramento visível	2 (3,4)	57 (96,6)	59 (100,0)
Vaso visível (em úlcera gástrica)	4 (28,6)	10 (71,4)	14 (100,0)
Vaso visível (em úlcera duodenal)	1 (16,7)	5 (83,3)	6 (100,0)
Coágulo	35 (59,3)	24 (40,7)	59 (100,0)
Hematina	9 (15,3)	50 (84,7)	59 (100,0)

Os achados endoscópicos mais comuns foram, em ordem decrescente: varizes de esôfago (37,3%), úlcera gástrica (25,4%), gastrite (23,7%), esofagite (16,9%), duodenite (13,6%), úlcera duodenal (11,9%), gastropatia congestiva (8,6%), varizes de fundo gástrico e erosão gástrica (ambas com 5,2%). Em 3,4% dos casos (dois pacientes), foram encontrados laceração de Mallory-Weiss, telangiectasia hemorrágica, lesão de Dieulafoy, câncer gástrico e, em um paciente cada (1,7%), câncer de esôfago, pólipos gástricos, hemorragia gástrica subepitelial e úlcera de boca anastomótica. Apenas um exame foi considerado normal e, em um exame, não se chegou a um diagnóstico, sendo o mesmo considerado indeterminado (Tabela XII).

Tabela XII. Achados endoscópicos mais comuns em pacientes admitidos no Serviço de Emergência do HU-UFSC com diagnóstico inicial de HDA.

ACHADOS ENDOSCÓPICOS	n (%)
Varizes de esôfago	22 (37,3)
Úlcera gástrica	15 (25,4)
Gastrite	14 (23,7)
Esofagite	10 (16,9)
Duodenite	8 (13,6)
Úlcera duodenal	7 (11,9)
Gastropatia congestiva	5 (8,6)
Varizes de fundo gástrico	3 (5,2)
Erosão gástrica	3 (5,2)
Outros	12 (20,4)
Indeterminado	1 (1,7)
Normal	1 (1,7)

As causas de sangramento (Tabela XIII) foram, em ordem decrescente, úlcera gástrica, com 23,7%, ruptura de varizes de esôfago (15,3%), gastrite (23,7%), úlcera duodenal (10,2%) e esofagite (6,8%). Em 3,4% dos casos, as causas do sangramento foram: gastropatia congestiva, laceração de Mallory-Weiss, telangiectasia hemorrágica, lesão de Dieulafoy e câncer gástrico e, em 1,7% dos exames, as causas prováveis do sangramento foram câncer de esôfago, pólipos gástricos, hemorragia gástrica subepitelial e úlcera de boca anastomótica. A causa de sangramento foi considerada de fonte indeterminada em três exames (5,1% dos pacientes).

Tabela XIII. Diagnósticos endoscópicos mais comuns como causa de sangramento digestivo em pacientes admitidos no Serviço de Emergência do HU-UFSC com diagnóstico inicial de HDA.

CAUSA	n (%)
Úlcera Gástrica	14 (23,7)
Varizes de esôfago	9 (15,3)
Gastrite	7 (11,9)
Úlcera duodenal	6 (10,2)
Esofagite	4 (6,8)
Outros	16 (27,0)
Indeterminado	3 (5,1)
Total	59 (100)

O tempo de internação médio foi de 11,4 (\pm 11,3 dias), com 29,3% dos pacientes permanecendo internados por um período variável entre 4 a 7 dias. Trinta e sete pacientes (56,9%) necessitaram reposição de concentrado de hemácias, com uma média de 4,75 unidades de concentrado de hemácias por paciente.

A complicação mais freqüente foi o ressangramento, observado em 21,5% dos pacientes, seguindo-se broncopneumonia em 9,2% e ascite e encefalopatia hepática em 7,8% dos pacientes. Em 6,3% dos pacientes foi verificada a ocorrência de insuficiência renal e em 4,7% infecção de trato urinário (ITU) e diarreia. Anemia, febre, edema agudo de pulmão (EAP) e disfunção múltipla de órgãos foi observado em 3,1% dos casos. Em apenas um paciente, que posteriormente foi a óbito, foram feitos os diagnóstico de peritonite bacteriana espontânea (PBE), fistula duodenal e sepse.

A escleroterapia foi necessária em 16,9% dos pacientes, com uma taxa de mortalidade nestes pacientes de 36,4%. Cinco (7,7%) dos pacientes foram

submetidos a cirurgia, dois destes eletivamente para a retirada de tumor gástrico. A cirurgia de emergência foi realizada em 3 pacientes que apresentavam achados endoscópicos como causa principal do sangramento ruptura de varizes de esôfago, ruptura de varizes de fundo gástrico e úlcera gástrica, chamando atenção o fato de que todos apresentavam varizes esofágicas. A mortalidade nos casos de procedimento cirúrgico emergencial foi de 100%. Seis pacientes (9,2%) precisaram de cuidados intensivos, sendo internados na UTI do próprio hospital. Cinco destes pacientes vieram a falecer, com uma taxa de mortalidade de 83,3%.

A mortalidade global no presente estudo foi de 16,9% (onze pacientes), com os pacientes que obtiveram êxito letal apresentando idade média de 48,4 (\pm 14,5 anos).

Através de regressão linear univariada, verificou-se que as variáveis estatisticamente significativas para critérios prognósticos de óbito foram, em ordem decrescente (tabela XIV): insuficiência renal aguda durante a internação, admissão na UTI, varizes de esôfago como achado endoscópico, ressangramento durante a internação, necessidade de mais de 2 unidades de CH durante a internação, edema agudo de pulmão na evolução e necessidade de reposição de sangue (independente do número de CH). Diagnóstico prévio de hepatopatia crônica; necessidade de cirurgia durante a internação; encefalopatia hepática na evolução; achado de sangue na luz do estômago à endoscopia; volume de sangramento na hematêmese > 1000 ml; hematêmese, melena e hematoquezia como manifestações conjuntas iniciais; infecção do trato urinário durante a internação; desenvolvimento de peritonite bacteriana espontânea; surgimento de fistula pós cirurgia; sepsis; hematócrito inicial inferior a 30%; insuficiência renal crônica e sangramento intestinal prévio à internação seguiram-se em ordem decrescente de frequência.

Tabela XIV. Variáveis estatisticamente significativas* na análise univariada, ordenadas segundo valor de F e r.

Variáveis	F	R
Insuficiência renal aguda	29,91	0,57
UTI	29,51	0,56
Varizes esofágicas	18,25	0,49
Ressangramento	17,11	0,46
> 2 unidades de CH	12,75	0,41
EAP	11,63	0,39
Reposição de sangue	11,48	0,39
Hepatopatia crônica	10,57	0,38
Cirurgia	7,79	0,33
Encefalopatia hepática	7,79	0,33
Sangue na luz gástrica	7,16	0,33
Volume > 1000 ml	7,10	0,33
Hematêmese + melena + hematoquezia	5,86	0,29
ITU	5,76	0,29
PBE	5,23	0,28
Fístula	5,23	0,28
Sepsis	5,23	0,28
Hematócrito < 30%	5,05	0,27
Insuficiência renal aguda	4,94	0,28
Sangramento prévio	4,76	0,27

* $p < 0,05$

Todas as variáveis estatisticamente significativas na análise univariada foram testadas em regressão linear multivariada. Insuficiência renal aguda ($F=44,05$), sangue na luz do estômago ao exame endoscópico ($F=10,71$), internação na UTI ($F=6,31$) e varizes de esôfago como achado endoscópico ($F=5,71$)

mantiveram-se estatisticamente significativos ($p < 0,05$), com um valor de R^2 ajustado de 0,63.

Quando retirou-se do modelo estatístico a variável “internação na UTI” (vide discussão), observou-se que insuficiência renal aguda ($F = 45,22$), sangue na luz do estômago à endoscopia ($F = 13,50$), ressangramento ($F = 4,99$) e o achado endoscópico de varizes de esôfago ($F = 4,28$) foram estatisticamente significativos ($p < 0,05$), com um valor de R^2 ajustado de 0,62 .

5.DISSCUSSÃO

As causas de hemorragia digestiva alta variam de acordo com o local e a população estudada. Em séries norte-americanas e européias, a causa mais comum de HDA é a úlcera péptica¹⁸, principalmente a duodenal^{11,15,16,19,20}, diferente dos achados em estudos latino-americanas, onde se encontram predominantemente úlceras gástricas²¹. No Brasil, os poucos estudos disponíveis nesta área revelam achados variados, havendo séries mostrando como etiologia principal da HDA a úlcera duodenal^{4,5}, varizes de esôfago⁵ e lesões agudas da mucosa gástrica²². No estado de Santa Catarina, estudos prévios demonstraram um predomínio etiológico de úlcera gástrica, acompanhado de um aumento percentual de varizes esofágicas, quando comparadas às séries internacionais²³⁻²⁷. No presente estudo, esta tendência continuou sendo observada, com a úlcera gástrica sendo o diagnóstico mais freqüente seguindo-se as varizes de esôfago. Deve-se ressaltar o grande número de casos em que, apesar de serem diagnosticadas varizes de esôfago ao exame endoscópico, a causa do sangramento foi atribuída a outra lesão, fato também observado em outros estudos^{22,24,26,27}. A alta freqüência em nosso meio de varizes esofágicas pode ser explicada por uma série de fatores. Em algumas regiões do país, é alto o número de casos de hipertensão portal secundária a esquistossomose, endêmica nestas áreas⁴. Por outro lado, existem também áreas no Brasil onde o vírus da hepatite B (um dos principais causadores de hipertensão portal e conseqüente formação de varizes de esôfago) apresenta-se com maior freqüência. Particularmente nesse estudo, o grande número de pacientes portadores de varizes esofágicas pode ser explicado por ser o HU-UFSC local de referência para tratamento endoscópico e

HU-UFSC local de referência para tratamento endoscópico e mesmo cirúrgico da hipertensão portal, embora não se tenha dados de outros hospitais em Florianópolis para comparação. Além disso a elevada taxa de consumo de álcool da população estudada quando comparada com aquela de outros estudos²⁸ pode ser responsável pelo desenvolvimento de hepatopatia alcoólica e posterior formação de varizes de esôfago.

A endoscopia digestiva alta permanece sendo o exame de eleição para a hemorragia digestiva alta, pois, além de diagnóstica, possibilita ainda o tratamento de lesões sangrantes em alguns casos²⁹. Estudos anteriores sugerem a sua realização nas primeiras horas de admissão hospitalar como triagem efetiva para se reduzir o tempo de internação e o risco para possíveis complicações, como ressangramento e necessidade de cirurgia⁹. No clássico estudo de Forrest JA, Fiulayson ND e Shearman DJ³⁰, em 1974, observou-se uma queda na acurácia diagnóstica da etiologia da hemorragia digestiva alta de 78% quando a EDA foi realizada nas primeiras 24 horas para 33% quando a EDA foi feita após 48 horas da internação. Portanto, para se ter como válidos os parâmetros endoscópicos na análise prognóstica em pacientes com HDA, torna-se necessária a sua realização nas primeiras 24 horas de internação.

Estudos anteriores que avaliaram o tempo de realização do exame endoscópico demonstraram uma taxa variando entre 64 e 72% dos exames feitos nas primeiras 24 horas da admissão hospitalar^{9,20}. No presente trabalho, observou-se uma taxa de 19% dos exames realizados neste período que, apesar de consideravelmente maior do que o tempo observado por Faraco Neto D e Silva RCB²⁴ (6%), no mesmo hospital há uma década atrás, ainda está muito aquém do considerado como ideal atualmente.

Existe grande discussão acerca do momento ideal para o paciente ser submetido a procedimento cirúrgico quando em um episódio agudo de HDA.

Fontes PRO e Mattos AA³¹, definem que a cirurgia está indicada em uma das seguintes situações: hemorragia maciça que determina exsanguinação, necessidade de infusão de 3 ou mais unidades CH para manutenção dos níveis pressóricos, a ocorrência de ressangramento e em pacientes com idade superior a 60 anos com sinais vitais instáveis ou sangramento maciço. Falha da terapêutica clínica e endoscópica além do diagnóstico de úlcera péptica crônica com sangramento anterior e novo sangramento apesar de tratamento adequado também são considerados indicadores de intervenção cirúrgica. No sangramento digestivo não causado por ruptura de varizes, as recomendações para cirurgia são: decréscimo na pressão venosa central de 5 cm de H₂O em 15 minutos, decréscimo de 15 mmHg da PA sistólica em 15 minutos, sangramento acima de 600 ml/h exteriorizada como hematêmese com ou sem melena, necessidade de transfusão de mais de 2000 ml de sangue em 24 horas ou mais de 4000 ml de sangue em 48 horas³². Lesão sangrante não identificada por causa do grande volume do sangramento, sangramento arterial não controlado por métodos endoscópicos, ressangramento após terapia endoscópica definido como hipotensão ou taquicardia associada a hematêmese ou melena além de transfusão total que excede a oito unidades de CH são outros critérios³³. No sangramento provocado por varizes, por sua vez, a indicação cirúrgica dá-se por falência da escleroterapia em duas sessões³⁴, exceto em casos de varizes de fundo gástrico (geralmente não tratáveis à escleroterapia) ou de pacientes que não toleram ou não estão próximos a centros que praticam tal procedimento, onde indica-se o shunt espleno-renal³⁵.

A indicação ou não cirurgia de emergência é controversa entre os autores. Em idosos, o risco operatório parece ser menor que o risco de se manter um paciente instável hemodinamicamente²⁰, pois a hipotensão pode reduzir o fluxo arterial hepático por vasoconstrição e o fluxo portal por redução da perfusão esplâncnica, o que afetaria os hepatócitos peri-venulares, que sofreriam necrose

coagulativa²⁸. Pacientes com choque hipovolêmico e estigmas endoscópicos de gravidade também teriam uma indicação cirúrgica, com algumas ressalvas³⁶. Jiraneck GC e Kozareck RA³⁷ acreditam que a demora na cirurgia pode ser um importante fator contribuindo para altos níveis de complicações cirúrgicas e mortalidade. Porém, globalmente, a cirurgia parece aumentar o risco de óbito¹⁵, devido ao período peri-operatório, isto é, cirurgia *per se*, anestesia, distúrbios metabólicos e aumento do risco de infecção, que podem precipitar falência hepática em indivíduos com hepatopatia prévia²⁸.

A porcentagem de pacientes com HDA que passam por um procedimento cirúrgico varia na literatura entre 3 e 15%²⁹. Na cidade de Blumenau, Santa Catarina foi realizado um estudo retrospectivo entre os anos de 1975 e 1987 registrando um índice de procedimentos cirúrgicos de 18%²⁷. Em nosso estudo, apesar da porcentagem de cirurgias realizadas (7,7%) estar dentro do padrão mundial, verificou-se uma altíssima taxa de mortalidade em cirurgias não-eletivas, talvez por se indicar o procedimento muito tardiamente ou apenas em casos onde o prognóstico do paciente era muito pobre.

Paralelamente, muito tem-se discutido sobre quando um paciente internado no hospital deveria necessitar de cuidados numa unidade de terapia intensiva. Observou-se recentemente que o custo diário de internação em UTI de um paciente portador de HDA secundária a úlcera péptica é US\$ 1334,00 maior que naqueles pacientes internados pelo mesmo motivo mas que não estão na UTI³⁷. Alguns autores defendem que a internação na UTI deve ocorrer quando o paciente apresente ressangramento durante a internação, principalmente quando o episódio inicial foi de tal magnitude que determinou instabilidade hemodinâmica, ou quando existe comorbidade associada³⁸. Outros sugerem, além dos fatores acima, a idade acima de 75 anos; hipotensão arterial inicial; anemia severa ou queda importante do hematócrito; ou complicações clínicas significativas^{37,39}. Em um recente estudo denominado BLEED, onde o objetivo

foi determinar fatores preditivos de mau prognóstico em hemorragia digestiva alta e baixa, definiu-se indicação de internação em UTI quando o paciente apresentar ao menos uma das condições que seguem: ressangramento, PA sistólica baixa, TAP elevado (em segundos), *status* mental alterado ou doença comórbida instável¹².

Escassos são os dados na literatura acerca da mortalidade dos pacientes quando internados em UTI. Jacobs S, Chang RWS, Lee B *et al.*²⁷ encontraram uma taxa de 46% de óbito em pacientes admitidos à UTI com sangramento digestivo alto provocado por varizes esofágicas ou gástricas, as quais sabidamente apresentam uma possibilidade muito maior de ressangramento e mortalidade⁴⁰. Neste estudo observou-se uma mortalidade global de 83,3% dos pacientes quando internados na unidade de terapia intensiva, o que poderia ser explicado pela admissão demasiadamente tardia ou em condições muito graves, possivelmente irreversíveis. Obviamente a escassez de leitos de UTI, considerando-se a demanda atual de pacientes que necessitam de cuidados intensivos nas mais diferentes doenças, justificariam as razões acima.

Apesar do grande número de trabalhos a nível mundial a respeito de vários aspectos da HDA, estudos que objetivam especificamente a elucidação de fatores prognósticos associados com suas complicações são relativamente poucos e bastante heterogêneos. Alguns destes estudos empregam entre seus fatores achados de EDA que muitas vezes não está disponível prontamente na emergência hospitalar, tendo portanto pouca utilidade na tomada imediata de decisões terapêuticas, muitas vezes de vital importância para o prognóstico do paciente. Por outro lado, alguns estudos analisam em conjunto casos de hemorragia digestiva alta primária com casos de hemorragia digestiva secundárias às patologias que determinaram a internação do paciente, como traumatismo crânio-encefálico ou infarto agudo do miocárdio, que possuem distinções clínica e prognósticas¹⁵, ou analisam em conjunto fatores de

gravidade em hemorragia digestiva alta e baixa, quando se sabe que as duas apresentam evolução natural diferente. Alguns estudos, por sua vez, falham no tratamento estatístico, empregando apenas métodos de análise univariados, inapropriados para tal. Além disso, estes trabalhos muitas vezes são desenvolvidos em populações selecionadas não sendo aconselhável a sua generalização para outras populações. A diversidade das populações e dos critérios utilizados impede a comparação da frequência e da importância dos critérios prognósticos.

Clason AE, Macleod DAD, Elton RA¹⁰ demonstraram haver três fatores para se prever a mortalidade em episódios de HDA, sendo a idade acima de 60 anos, presença de choque definido clinicamente e ressangramento durante a internação. Este estudo, entretanto, apresenta algumas falhas metodológicas, o que coloca em dúvida seus resultados. Katschinski B, Logan R, Davies J *et al*¹⁶, observaram que idade acima de 60 anos, ressangramento e presença de sangue na luz do estômago à endoscopia são os fatores que podem prever o óbito de pacientes com HDA, sendo que o ressangramento parece ser o fator de maior importância. O ressangramento na HDA parece ser mais comum nas primeiras 72 horas do primeiro episódio de sangramento, devendo-se portanto manter um período crítico de observação de três dias em pacientes com sangramento digestivo alto⁴⁰. Em um grande estudo prospectivo realizado com 4185 pacientes na Inglaterra, observou-se que os fatores de pior prognóstico para HDA são idade avançada, PA sistólica < 100 mmHg, presença de comorbidades, neoplasias do trato gastrointestinal e achados endoscópicos como sangue na luz do estômago, coágulo aderido e vaso visível ou sangrante, os quais estão associados com óbito destes pacientes¹³. Wong SKH, Law JIW, Suen RCY⁴¹, num estudo avaliando 1144 pacientes que apresentaram ressangramento após escleroterapia, apontou como fatores prognósticos de ressangramento sangue vermelho vivo na luz do estômago, hipotensão, níveis de hemoglobina baixos,

úlceras de boca anastomótica. Atualmente, existem grandes evidências que o *status* do doppler realizado imediatamente após escleroterapia é importante determinante de risco de ressangramento digestivo⁴².

No presente estudo, todas as variáveis estatisticamente significativas na regressão linear univariada foram testadas, observando-se que insuficiência renal aguda, sangramento na luz do estômago à endoscopia, internação na UTI e varizes de esôfago como achado endoscópico foram estatisticamente significativos para se predizer o óbito dos pacientes.

Excluiu-se do modelo a variável “internação na UTI”, por esta ser um critério subjetivo e portanto sujeito a diversos tipos de interferências, e também por representar indiretamente outras variáveis, como necessidade de transfusão sangüínea e ressangramento, mais interessantes do ponto de vista acadêmico de serem estudadas. Neste novo modelo, observou-se que insuficiência renal aguda, sangramento na luz gástrica à endoscopia, ressangramento e o achado endoscópico “varizes de esôfago” foram estatisticamente significativos para se predizer o óbito dos pacientes internados.

Em princípio, pode causar certa estranheza o fato de insuficiência renal aguda estar entre estas variáveis, por não haver outros dados concordantes na literatura. Porém, vale lembrar algumas possíveis falhas existentes neste trabalho, dentre as quais a principal a ser considerada é o tamanho da amostra, muito pequeno quando comparado a outros desenvolvidos na mesma área. Entretanto, deve-se salientar que os demais fatores identificados como de mau prognóstico estão condizentes com outros dados disponíveis na literatura, ratificando a importância destes achados no curso de um episódio de hemorragia digestiva alta.

6.CONCLUSÃO

Insuficiência renal aguda, sangramento na luz gástrica à endoscopia, ressangramento e presença de varizes de esôfago são fatores estatisticamente significativos para se predizer o óbito em pacientes com hemorragia digestiva alta no Hospital Universitário-UFSC.

7.REFERÊNCIAS

1. Elta GH. Approach to the patient with gross gastrointestinal bleeding. In: Yamada T, editor. Yamada textbook of gastroenterology. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999. p. 714-43.
2. Peterson WL, Laine L. Gastrointestinal bleeding. In: Sleisenger MH, Fordtran JS, editors. Gastrointestinal disease: pathophysiology/ diagnosis/ management. 5th edição. Philadelphia: WB Saunders company; 1993. p. 162-92.
3. Ornellas AT, Ornellas LC, Souza AFM, Jaburn PD. Hemorragia Digestiva Aguda Alta e Baixa. In: Dani R, editor. Gastroenterologia essencial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 3-7.
4. Lima, LL. Úlcera péptica hemorrágica: conduta terapêutica. Em: Lima LL, editor. Gastroenterologia: condutas terapêuticas. Rio de Janeiro: treina triângulo; 1992. p. 23-33.
5. Alves JG, Areco MAF. HDA em pacientes acima de 60 anos. GED Gastroenterol Endosc Dig 1995;14(Suppl):S41-2.
6. Oliveira AMM, Zuccaro AM, Coutinho ABF. Hemorragia digestiva alta: aspectos clínicos e endoscópicos (análise de 270 casos GED Gastroenterol Endosc Dig 1995;14(Suppl):S44.
7. Mills, PR. Upper Gastrointestinal Hemorrhage. Curr Opin Gastroenterol 1991;7:920-4.

8. Corley DA, Stefan AM, Wolf M, Cook EF, Lee TH. Early indicators of prognosis in upper gastrointestinal hemorrhage. *Am J Gastroenterol* 1998;93(3):336-40.
9. Cooper GS, Chock A, Way LE, Hammar PJ, Harper DL, Rosenthal GE. Early endoscopy in upper gastrointestinal hemorrhage: associations with recurrent bleeding, surgery, and length of hospital stay. *Gastrointest Endosc* 1999;49(2):145-52.
10. Clason AE, Macleod DAD, Elton RA. Clinical factors in the prediction of further hemorrhage or mortality in acute upper gastrointestinal hemorrhage. *Br J Surg* 1986;73:985-7.
11. Bordley DRA, Mushlin AI, Dolan JG, Richardson WS, Barry M, Polio J *et al.* Early clinical signs identify low risk patients with acute upper gastrointestinal hemorrhage. *JAMA* 1985;253:3282-85.
12. Kollef MH, O'Brien JD, Zuckerman GR, Shanon W. BLEED: A classification tool to predict outcomes in patients with acute upper and lower gastrointestinal hemorrhage. *Crit Care Med* 1997;25(7):1125-32.
13. Rockal TA, Logen RFA, Devlin HB, Northfield TC. Risk assessment after upper gastrointestinal hemorrhage. *Gut* 1996;38:316-21.
14. Friedman LS, Martin P. The problem of gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am* 1993;22(4):717-21.
15. Zimmerman J, Sigüencia J, Tsvang E, Beerli R, Arnon R. Predictors of mortality in patients admitted to hospital for acute upper gastrointestinal hemorrhage. *Scand J Gastroenterol* 1995;30:327-31.

- 16.Katschinski B, Logan R, Davies J, Faulkner G, Pearson J, Langman M.
Prognostic factors in upper gastrointestinal bleeding. *Dig Dis Scien*
1994;39(4):706-12.
- 17.Kleimbaum DG, Kupper LL, Muller RE, Nizam A. *Applied regression
analysis and other multivariable methods*. 3rd ed. Pacific Grove: Duxbury
Press; 1988.
- 18.Wara P. Incidence, diagnosis, and natural course of upper gastrointestinal
hemorrhage – prognostic value of clinical factors and endoscopy. *Scand J
Gastroenterol* 1987;22(suppl 137):26-7.
- 19.Longstreth, GF. Epidemiology of hospitalization for acute upper
gastrointestinal hemorrhage: A population-based study. *Am J Gastroenterol*
1995;90(2):206-10.
- 20.Chang FC, Drake JE, Farha GJ. Massive gastrointestinal hemorrhage in the
elderly. *Am J Surg* 1977;134(6):721-3.
- 21.Espinosa R, Mariño G, Barraza M, Lima E. Hallazgos endoscópicos en
pacientes com hemorragia digestiva alta. *GED Gastroenterol Endosc Dig*
1995;14(Suppl):S43-4.
- 22.Papini JW, Andreollo NA, Santos JOM, Montes CG, Almeida JRS,
Guerrazzi F *et al*. A hemorragia digestiva alta na úlcera péptica – experiência
do Gastrocentro-Unicamp. *GED Gastroenterol Endosc Dig*
1998;17(3):87-92.
- 23.Hohl A. Hemorragia digestiva alta: análise de 160 casos [trabalho de
conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina;
1999. p. 8.

24. Faraco Neto D, Silva RCB. 100 endoscopias digestivas em pacientes com hemorragia digestiva alta – análise do tempo decorrido entre o início do sangrento e a realização do exame [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1989. p. 9-10.
25. Sousa Júnior E. Etiologia das hemorragias digestivas altas no H. U. [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1993. p. 5.
26. Nogueira Filho CS, Lichtenfels V. Hemorragia digestiva alta, diagnóstico etiológico pela endoscopia [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1982. p. 7.
27. Silva BJ, Schlindwein SL. Análise de 405 casos de hemorragia digestiva alta no Hospital Santa Isabel [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1988. p. 7.
28. Jacobs S, Chang RWS, Lee B, Rawaf AA, Pace NC, Salam I. Prediction of outcome in patients with acute variceal haemorrhage. *Br J Surg* 1989;76(2):123-6.
29. Peter DJ, Dougherty JM. Evidence of the patient with gastrointestinal bleeding: an evidence based approach. *Emerg Med Clin North Am* 1999;17(1):239-61.
30. Forrest JA, Fiulayson ND, Shearman DJ. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *Lancet* 1974;2:399-410.
31. Fontes PRO, Mattos AA. Hemorragia digestiva alta. In: Coelho JCU, editor. *Aparelho digestivo*, 2nd ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1996. p. 285-96.

- 32.Cochran TA. Bleeding peptic ulcer: surgical therapy. *Gastroenterol Clin North Am* 1993;22(4):751-78.
- 33.Chung SCS. Surgery and gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc Clin North Am* 1997;7(4):687-701.
- 34.Spence RAJ. Surgical measures for active variceal bleeding. *Gastrointest Endosc Clin North Am* 1992;2(1):77-93.
- 35.Rikkers LF. Variceal hemorrhage: surgical therapy. *Gastroenterol Clin North Am* 1993;22(4):821-42.
- 36.Bornman PC, Theodorou NA, Shuttleworth RD, Essel HP, Marks IN. Importance of hypovolaemic shock and endoscopic signs in predicting recurrent haemorrhage from peptic ulceration: a prospective evaluation. *Br Med J* 1985;291:245-47.
- 37.Jiraneck GC, Kozareck RA. A cost-effective approach to the patient with peptic ulcer bleeding. *Surg Clin North Am*, 1996;76(1):83-103.
- 38.Hannenneman PL. Distúrbios do esôfago e do estômago. In: Markovchick VJ, Pons PT, Wolfe RE, editors. *Segredos em medicina de urgência*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 149-54.
- 39.Lopes GM, Grace ND. Gastroesophageal varices: prevention of bleeding and rebleeding. *Gastroenterol Clin North Am* 1993;22(4):801-20.
- 40.Lin H-J, Perng C-L, Lee F-Y, Lee C-H, Lee S-D. Clinical courses and predictors for rebleeding in patients with peptic ulcers and non-bleeding visible vessels: a prospective study. *Gut*, 1994;35:1389-93.

41. Wong SKW, Law JYW, Suen RCY. Prediction of therapeutic failure with epinefrine injection and heat probe treatment in bleeding peptic ulcer. *Gastrointest Endosc* 1999;49(4)(Suppl):AB170.
42. Wong RCK, Chak A, Kabayashi K. Role of doppler ultrasound in acute peptic ulcer hemorrhage: Can it predict failure of endoscopic treatment? *Gastrointest Endosc* 1999;49(4)(Suppl):AB170.

NORMAS ADOTADAS

Resolução número 001/99 do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.

RESUMO

A hemorragia digestiva alta (HDA) é causa freqüente de internação hospitalar, apresentando amplo espectro de gravidade. A identificação dos pacientes potencialmente graves é de fundamental importância no atendimento de emergência. O estudo visa identificar e analisar, dentre as características clínicas, laboratoriais e endoscópicas estudadas, quais podem prever o óbito dos pacientes admitidos com HDA. Sessenta e cinco pacientes admitidos com diagnóstico de HDA no Serviço de Emergência do Hospital Universitário-UFSC, entre janeiro e setembro de 1999 foram incluídos no estudo. Foram analisados dados de anamnese, exame físico, valores laboratoriais e aspectos observados à endoscopia digestiva alta (EDA), bem como a evolução do paciente durante a internação até a alta. Submeteu-se estes dados a análise estatística com regressão linear univariada, e as variáveis tidas como estatisticamente significativas foram submetidas a regressão linear multivariada. A manifestação inicial mais comum de sangramento foi hematêmese e a EDA foi realizada em 90,8% dos pacientes. Os achados endoscópicos mais comuns foram varizes esofágicas e úlcera gástrica, enquanto as causas mais comuns de HDA foram úlcera gástrica (23,7%), varizes esofágicas (15,3%), gastrite (23,7%) e úlcera duodenal (10,2%). A complicação mais comum foi ressangramento (21,5%). A escleroterapia foi necessária em 16,9% dos pacientes, 7,7% apresentaram necessidade de cirurgia e 9,2% precisaram de internação na UTI. A mortalidade foi de 16,9%. Na análise multivariada, observou-se que foram estatisticamente significativos: insuficiência renal aguda, sangramento na luz gástrica, ressangramento e varizes esofágicas na EDA, concluindo-se que estes são fatores preditivos de óbito nos pacientes estudados.

SUMMARY

Upper gastrointestinal (GI) hemorrhage is a common cause of admission to hospitals, showing large spectrum of seriousness. The identification of potentially serious patients is fundamental in the emergency care. This study aims at identifying and analyzing, among clinical, laboratory, endoscopic characteristics, which can predict mortality of inpatients with upper GI hemorrhage. Sixty five patients admitted to the emergency room to university hospital-UFSC with upper GI hemorrhage, between January and September 1999, were included in the study. Data from clinical history, physical examination, laboratory values and upper endoscopy aspects were analyzed, as well as the patient's evolution from admission to discharge. Data were submitted to statistical analysis with univariable linear regression, and the statistically significant variables were submitted to multivariable linear regression. The most common initial bleeding manifestation was hematemesis. Upper endoscopy was done in 90,8% of the patients. The most common endoscopic findings were esophageal varices and gastric ulcer, while the most common causes of upper GI bleeding were gastric ulcer (23,7%), esophageal varices (15,3%), gastritis (23,7%), and duodenal ulcer (10,2%). The most common complication was rebleeding (21,5%). Sclerotherapy was necessary in 16,9% of the patients, 7,7% needed surgery and 9,2% needed admission to ICU. The mortality was 16,9%. In the multivariable analysis, acute renal failure, active gastric bleeding found in the upper endoscopy, rebleeding, and esophageal varices in upper endoscopy were most statistically significant, concluding that these are the mortality predictive factors in the studied patients.

APÊNDICE

QUESTIONÁRIO

número: _____
REGISTRO: _____
DATA DA INTERNAÇÃO: __/__/__
NOME: _____
SEXO: M () F () IDADE: ____
1. HISTÓRIA:
-tempo de sangramento: _____
-volume de sangramento (ml): _____
-forma de sangramento: hematêmese () melena () hematoquezia ()
-outros sintomas: _____
-uso de AAS () dose: ____ tempo de uso: ____ tempo de suspensão: ____
-uso de AINE () dose: ____ tempo de uso: ____ tempo de suspensão: ____
-uso de bloqueador H2 ()
-uso de bloqueador de bomba de prótons ()
-uso de álcool () quantidade: ____ tempo de uso: ____
-história prévia de sangramento ()
-história prévia de doença péptica ()
-outras doenças: _____

2. EXAME FÍSICO:

PA deitado ____/____ PA sentado ____/____ PA pé ____/____
FC deitado ____ FC sentado ____ FC pé ____
choque ()

3. EXAMES LABORATORIAIS:

-Hematócrito:	internação: ____	
	12h após: ____	24h após: ____
	48h após: ____	72h após: ____
-Hemoglobina:	internação: ____	
	12h após: ____	24h após: ____
	48h após: ____	72h após: ____
-TAP: ____	TTPA: ____	PLAQUETAS: ____
-Bilirrubinas: T: ____ D: ____		
-Creatinina: ____		

4. ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA:

DATA: ____/____/____

CONCLUSÃO:

DESCRIÇÃO: sangue na luz do estômago ()
sangramento ativo: babando () em jato ()
sinais de sangramento recente: coágulo () vaso vermelho ()
vaso branco () hematina ()

CAUSA PROVÁVEL DO SANGRAMENTO: _____
() indeterminado

5. EVOLUÇÃO:

-tempo de internação: _____
-reposição de sangue: () unidades: _____
-complicações: respiratórias () _____
renais () _____
outras () _____
-escleroterapia ()
-UTI ()
-cirurgia ()

6. ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA:

DATA: ____/____/____

CONCLUSÃO:

DESCRIÇÃO: sangue na luz do estômago ()
sangramento ativo: babando () em jato ()
sinais de sangramento recente: coágulo () vaso vermelho ()
vaso branco () hematina ()

CAUSA PROVÁVEL DO SANGRAMENTO: _____
() indeterminado

ALTA: ____/____/____
ÓBITO: ____/____/____

TCC
UFSC
CM
0431

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0431

Autor: Malluta, Éverson F

Título: Fatores preditivos de óbito em p



972808477

Ac. 253580

Ex.1 UFSC BSCCSM